



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE  
DIVISÃO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS TRANSMISSÍVEIS E NÃO  
TRANSMISSÍVEIS  
SEÇÃO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS TRANSMISSÍVEIS

---

**NOTA INFORMATIVA 01/2022**

**Fórmula Láctea Infantil para crianças expostas ao HIV e ao HTLV: Orientações gerais para municípios e serviços de saúde**

O aleitamento materno deve ser incentivado e priorizado, porém para as crianças expostas ao vírus do HIV e do HTLV a amamentação está associada a um risco adicional de transmissão vertical.

**O FORNECIMENTO DE FÓRMULA LÁCTEA INFANTIL DEVER SER REALIZADO NAS SEGUINTE SITUAÇÕES:**

- **TODOS RNs de mãe com DIAGNÓSTICO DE HIV:** independente do momento do diagnóstico ser prévio a gestação, no momento do parto ou durante o período de aleitamento materno.
- **TUDO RN de mãe com diagnóstico de HTLV:** independente do momento do diagnóstico.
- **Para RNs em que o pai/parceiro da mãe tenha diagnóstico de HIV e a mãe seja soronegativa para HIV:** A liberação da fórmula infantil deve ser avaliada pela equipe de saúde em conjunto com a mãe. Considerando o risco de infecção materna, através do histórico de Carga Viral e adesão do parceiro ao



tratamento e as condições apresentadas pela mulher/parceiro para adesão a medidas preventivas para a transmissão do HIV<sup>1</sup>.

#### **TIPOS DE FÓRMULA LÁCTEA INFANTIL:**

- **Fórmula Láctea Infantil tipo 1:** indicado fornecimento para as crianças expostas e infectadas pelo HIV/HTLV até os seis meses de vida. A quantidade preconizada é de 8 a 12 latas/mês, devendo essa necessidade ser avaliada pelo pediatra ou nutricionista que realiza o acompanhamento da criança.

- **Fórmula Láctea Infantil Tipo 2 :** indicado fornecimento às crianças expostas e infectadas pelo HIV/HTLV de sete meses até doze meses. A quantidade preconizada é de até no máximo 9 latas/mês, devendo essa necessidade ser avaliada pelo pediatra ou nutricionista que realiza o acompanhamento da criança.

**OBS:** após os 12 meses, se necessário, o fornecimento da fórmula poderá ser articulado por outros programas do município.

#### **1) MATERNIDADES**

A maternidade deve fornecer, em média, 4 latas de fórmula láctea infantil para os primeiros dias do RN. A mãe deve ser orientada sobre como e onde fará as próximas retiradas no seu município de residência.

É de responsabilidade de cada maternidade realizar a solicitação do quantitativo necessário para suprir a demanda de seus usuários, assim como observar o prazo de validade desse insumo.

---

<sup>1</sup> A substituição do aleitamento materno pela fórmula láctea deve ser considerada e avaliada nos casos de mulheres soronegativas e parceiro soropositivo para o HIV. Pois em casos de soroconversão materna, o risco de transmissão por aleitamento materno para a criança é muito alto. Esta orientação esta de acordo com a [NT 02/2021 DAPPS/SES](#).



A fórmula láctea deve ser solicitada mensalmente pelas maternidades, municípios e regionais para a Departamento de Assistência Farmacêutica - DEAF.

1.1 Maternidades da 1ª CRS vinculadas à UDM:

Encaminhar "*Relatório de Insumos*" **Anexo 3**, até o dia 20 de cada mês para o responsável pela Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) ao qual a maternidade está vinculada.

1.2 Maternidades da 1ª CRS não vinculadas à UDM:

Encaminhar "*Relatório de Insumos*" **Anexo 3**, até o dia 20 de cada mês para o responsável pela logística de fórmula infantil no município.

1.3 Maternidades 2ª a 18ª CRS

Encaminhar "*Relatório de Insumos*" **Anexo 3**, para coordenação municipal e/ou UDM vinculada e/ou regional de IST/Aids, conforme fluxo local.

## **2) MUNICÍPIOS**

É de responsabilidade de cada município realizar a solicitação do quantitativo necessário para suprir a demanda de seus usuários, assim como observar o prazo de validade desse insumo. Cada município deve estabelecer o fluxo de referência com locais de fornecimento de sua rede e profissionais responsáveis pela solicitação, recebimento e distribuição da fórmula.

2.1 Municípios 1ª CRS:

Encaminhar "*Relatório de Fórmula Láctea e Cabergolina*" **Anexo 1**, até o dia 25 de cada mês para e-mail [estrategicos-aids@saude.rs.gov.br](mailto:estrategicos-aids@saude.rs.gov.br)

2.2 Municípios 2ª a 18ª

Encaminhar "*Relatório de Fórmula Láctea e Cabergolina*" **Anexo 1**, para coordenação regional de IST/Aids, conforme fluxo local.

## **3) REGIONAIS 2ª A 18ª**



É de responsabilidade de cada regional realizar a solicitação do quantitativo necessário para suprir a demanda de seus usuários, assim como observar o prazo de validade desse insumo. Cada CRS deve estabelecer o fluxo com seus municípios e profissional responsável pela solicitação, recebimento e distribuição da fórmula.

Encaminhar "*Relatório de Fórmula Láctea e Cabergolina*" **Anexo 1, até o dia 25** de cada mês para e-mail [estrategicos-aids@saude.rs.gov.br](mailto:estrategicos-aids@saude.rs.gov.br)

Ficamos à disposição para demais esclarecimentos através do e-mail e telefone (51) 3288 5910/5911/5912.

Assinatura manuscrita em azul-escuro, aparentemente legível como 'Ana Lúcia Baggio'.

Ana Lúcia Baggio

Coordenação Estadual de Doenças de  
Condições Crônicas Transmissíveis

Porto Alegre, 25 de março de 2022.



**RELATÓRIO DE FÓRMULA LÁCTEA E CABERGOLINA (Transmissão Vertical) Anexo 1**  
**(CRS e/ou MUNICÍPIO)**

CRS: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Relatório do mês: \_\_\_\_  
Responsável: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**Dados de Logística**

INSUMO	SALDO ANTERIOR*	ENTRADA* DATA:	DISTRIBUÍDO*	SALDO ATUAL*	PEDIDO*
Fórmula Láctea tipo 1					
Fórmula Láctea tipo 2					
Cabergolina (p/ CRS)					

\* em nº de latas e comprimidos.

**Dados de Assistência - Dispensação de Fórmula Láctea:**

Município	RN de (nome da mãe)	Hospital de nascimento	Idade em meses do RN	Data de entrega	Nº de latas Tipo I	Nº de latas Tipo II

OBS:

---

---



### Relatório de insumos (anexo 3)

Hospital/Instituição: \_\_\_\_\_ CRS: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Relatório do mês/ano: \_\_\_\_\_ Responsável pelo preenchimento: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Tabela 1 - Dados de Logística** (\*a Nevirapina, Raltegravir e Lamivudina ficam apenas nas maternidades de referência)

INSUMO	Saldo anterior	Entrada	Utilizado	Remanejado	Saldo atual	Validade	Pedido Mensal
Zidovudina (AZT) sol. oral							
Zidovudina (AZT) injetável							
Nevirapina (NVP) susp. oral*							
Raltegravir (RAL) granulado*							
Lamivudina (3TC) Sol. Oral*							
Cabergolina							
Fórmula láctea							

**Tabela 2 - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTURIENTES COM RESULTADO REAGENTE PARA HIV E RNs EXPOSTOS- Dados obrigatórios para o SICLOM**

Nº*	NOME PARTURIENTE	CPF PARTURIENTE	Nome da mãe da parturiente	NOME RN	CPF RN
1					
2					
3					

**Tabela 3- Dados de Assistência - PROFILAXIA TRANSMISSÃO VERTICAL HIV** (O nº atribuído para a parturiente na tabela 2, deve ser o mesmo atribuído a parturiente da tabela 3)

Nº	Município	Nº RN	Nº FM	Carga Viral mãe	AZT inj.		AZT Sol. oral Sim / Não	USO DE RAL? Sim (nº sachês?)/ Não	USO DE 3TC Sim/Não	USO DE NVP? Sim / Não	Cabergolina? Nº Comps.	Fórm. Láctea Nº Latas
					Nº Frs. Mãe	Nº Frs. RN						
1												
2												
3												

**Tabela 4 - Dados de Assistência- Relação de parturientes com resultado de SÍFILIS Reagente**

NOME PARTURIENTE	Município	Nº RN	Nº FM	Título VDRL Parturiente	Título VDRL RN	Hemograma no RN realizado?	RX de ossos longo no RN realizado?	VDRL no líquido no RN realizado?	Tratamento no RN realizado?	Druga / Dose / Tempo tratamento

**Tabela 5 - Dados de Assistência- Relação de parturientes com Hepatite B**

NOME PARTURIENTE	Município	Nº RN	Nº FM	Parturiente recebeu prof. com Tenofovir no PN (Sim/Não)	RN realizou Vacina hepatite B?	RN realizou IGHAB?	Observações

**Tabela 6 - Dados de Assistência- Relação de parturientes com Hepatite C**

NOME PARTURIENTE	Município	Nº RN	Nº FM	Observações

